

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen
Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund
Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität
Krems
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 03/2009 Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapeutenInnen

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf**

(2008g)

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H.G. Petzold), Donau-Universität Krems. Der Beitrag hat die Sigle 2008g im Werkeverzeichnis. Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 03/2009. Bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge

Lieber Herr Kollege,

Sie haben mich um einige Informationen zur „Integrativen Therapie“ gebeten, zu meinem Konzept der „Hominität“ und zur erkenntnistheoretischen Position, um einen kompakten Artikel zum Verfahren insgesamt – „nicht zu umfangreich, aber auch nicht zu knapp“ und möglichst mit weiterführender Literatur zu den einzelnen Spezialfragen versehen. Ich kann da mit nicht sehr viel dienen. Es sind meist recht lange Arbeiten oder eben nur kurze Lexikonartikel. Etwas dazwischen liegendes, das ist ein schwieriges Format. Ich hätte so etwas von so manchem Verfahren gerne. Mein zweibändiges Werk „Wege zum Menschen“ (1984a) hatte ja so etwas in Zusammenarbeit mit FachkollegInnen schon einmal geboten, allerdings auch in recht umfangreichen Übersichtsartikeln. Ich werde Ihnen einiges zusammenstellen und in den Anhang packen ...

Vorbemerkung

Im Kontext des von mir herausgegebenen Werkes über „Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen“ (Petzold 2008a) bin ich von MitautorInnen verschiedentlich nach einer Kurzdarstellung der „Integrativen Therapie“, ihrer Grundpositionen und Konzepte gefragt worden – „schon etwas mehr als der Lexikonartikel **Integrative Therapie**“ (2000m) im „Wörterbuch der Psychotherapie“ (Stumm, Pritz 2000). Ich konnte nur auf größere Texte verweisen (2002b) oder Darstellungen zu Spezialthemen (Petzold, Orth Sieper 2006). Es wurden mir auch Fragen zu spezifischen Begriffen gestellt, zu „Basispositionen“ und Problemen, um eigene Positionen jeweils abgleichen zu können („Vertritt die Integrative Therapie auch einen „psychophysischen Parallelismus?“ – Mit einem „Nein“ ist es dann ja nicht getan, man müsste die Ablehnung begründen oder die Alternativposition kennzeichnen). Ich habe mich deshalb daran gemacht, für FachkollegInnen zu zentralen **Konzepten** der Integrativen Therapie Stellung zu nehmen und dabei der Bitte um „Kürze“ nachzukommen. Ich habe für die weiterführende Lektüre zu Spezialfragen und spezifischen Bereichen dabei bewusst nur auf Veröffentlichungen verwiesen, die ich selbst bzw. die ich zusammen mit KollegInnen geschrieben habe oder die von engen MitarbeiterInnen verfasst wurden, damit die Theorie- und Praxeologie-Konzepte aus „erster Hand“ nachgelesen werden können, wenn das gewünscht wird. Wichtige Leitbegriffe hebe ich **typographisch** durch **Fettdruck** hervor. Mein sehr umfangreiches und sehr breit greifendes Werk hatte die Navigation ja nicht gerade einfach gemacht. Ich habe unlängst deshalb einführende Navigationshilfen geschrieben: eine Darstellung von Entwicklungen hin zum „neuen Integrationsparadigma“ (2002g, 2005x) und „*Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt*“. *Einführung zur Gesamtbibliographie*“ (2007h, in Sieper et al 2007). Der letztgenannte Text macht deutlich, dass meine scheinbar heterogenen Publikationsfelder einen klaren Zusammenhang haben und davon bestimmt sind, spezifische Wissensbereiche meines Metamodells des „**TREE OF SCIENCE**“ für die Psychotherapie auszuarbeiten und eine „konzeptuelle Konsistenz“ von der Metatheorie bis zur Praxeologie und Praxis zu gewährleisten, denn bei vielen Therapieverfahren finden sich kategoriale Konsistenzprobleme und fehlende Durchgängigkeiten – etwa im Bezug von Anthropologie und Persönlichkeitstheorie sowie – daraus folgend – in der Theorie und Praxis der therapeutischen Beziehung (wie etwa in der Gestalttherapie). Das „Tree of Science Modell“ liegt auch diesem Text zugrunde. Ich hoffe, dass durch meine Ausführungen auch die angefragten Konvergenzen und Divergenzen zu humanistisch-psychologischen,

tiefenpsychologischen, existenzialpsychologischen etc. Therapieverfahren deutlich werden, ohne dass ich auf solche Unterschiede im Einzelnen eingehen werde. Einiges dazu findet man in dem Text *“Positionen im ‘Polylog’. Persönliche Standpunkte zu Fragen der Entwicklung im Felde der Psychotherapie und zum Integrativen Ansatz der Humantherapie“* (2007q, in Sieper et al. 2007).

Alle hier angesprochenen Konzepte sind theoretisch ausführlich in der Literatur dargestellt**. Ich verweise hier besonders auf

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713.

Psychotherapierichtungen im diskursarmen Raum

Ich gebe seit 30 Jahren eine schulenübergreifende Buchreihe heraus „Vergleichende Psychotherapie“ (1979 begründet mit *K. Grawe*, Verhaltenstherapie, und *E. Wiesenhütter*, Psychoanalyse) zu relevanten Themen der Psychotherapie (Widerstand, Alter, therapeutische Beziehung, Methodenintegration, Sinn, Wille etc.), über die jeweils Protagonisten der wichtigen Therapieschulen schrieben. In all diesen Bänden war charakteristisch, dass kaum Bezug auf die Positionen anderer Therapieverfahren genommen wurde – eine Feststellung, die ich auch sonst in der Literatur mache. Der Raum „zwischen“ den einzelnen Richtungen ist höchst **d i s k u r s a r m** und zudem auch noch von Vorurteilen und Fehlinformationen angefüllt (die Verhaltenstherapie sei technizistisch, die Psychoanalyse zu trieborientiert, das Psychodrama aktionistisch, die Gestalttherapie „Gewalttherapie“, die Integrative Therapie bloßer Eklektizismus etc. etc). Hier müsste sich einiges ändern, denn es gehe darum, „Brücken zwischen den einzelnen Methoden zu schlagen, um durch bessere Information Gemeinsamkeiten und Divergenzen klarer zu sehen, mit dem Ziel, über einengendes Schulendenken hinaus zu integrativen Ansätzen zu führen ... zu Entwicklung übergreifender Konzepte und zur Überwindung von Methodendogmatismus. Voraussetzung für ein solches Bemühen um Integration ist Information und Dialog“ (*Petzold 1975a*, 1), so schrieb ich 1975 im ersten Editorial der von mir und *Charlotte Bühler* begründeten Zeitschrift „Integrative Therapie“ (1975a, 1975k). Es scheint sehr, sehr schwierig zu sein im Felde der Psychotherapie, einen **Polylog**, ein Gespräch nach vielen Seiten und mit vielen DiskurspartnerInnen zu führen.

Probleme zwischen Therapierichtungen entstehen, wenn die epistemologischen und theoriestrutturellen Prämissen verschieden sind - und das sind sie zumeist. Deshalb zur Orientierung wichtige integrative Positionen "in a nutshell" und einige Bemerkungen zu konkreten Fragen, etwa nach der Schulenzugehörigkeit und einigen Kernkonzepten:

Integrative Therapie – ein entwicklungsorientiertes, biopsychosozialökologisches Verfahren

Zur Charakteristik des Verfahrens

** Alle zitierten Arbeiten **von Petzold und MitarbeiterInnen** (Jahreszahlen in Klammern) finden sich in der Gesamtbibliographie Petzold 2007 bzw. dem jeweiligen Up-Date <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2007-petzold-h-g-bibliographie-1958-2007-zusammenfassung-mit-einfuehrung.html> und dem update für Polyloge 2009.

Die „Integrative Therapie“ ist ein neurowissenschaftlich (*Lurija, Damasio*), entwicklungspsychobiologisch (*Vygotskij, Rutter*) und zugleich durch moderne phänomenologisch-hermeneutische bzw. wissenschaftsphilosophische Ansätze fundiertes **biopsychosozialökologisches Verfahren** „methodenübergreifender Humantherapie“, die Psychotherapie als Kernbestand hat. Sie versteht sich als „Strömung“ im Rahmen der klinischen Psychologie und in der forschungsgegründeten wissenschaftlichen Psychotherapie. Ihr Spezifikum sind ihre Orientierung an der „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ in einem Kontext-Kontinuum-System und ihre leib- u. bewegungstherapeutischen, kreativtherapeutischen und soziotherapeutischen Methoden, die einen ganzheitlichen und differentiellen therapeutischen Prozess der Heilung, Entwicklung und – wo angezeigt und gewollt – der „Lebensstilveränderung“ unterstützen.

Sie gehört also keiner „Schule“ (1975a, 1982, 1992a) an und versteht sich auch nicht als solche, sondern sieht sich, wie etwa die Ansätze von *Grawe, Norcross* oder *Orlinsky*, als moderne **psychologische Therapie** bzw. **biopsychosoziale Therapie**¹ u. a. auf dem Boden der kulturhistorischen Neurowissenschaften² und im Rahmen des „neuen Integrationsparadigmas“³, wobei ihre Ausrichtung an der longitudinalen „developmental neurobiology“ und „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ – orientiert ist, ein Konzept, das ich in das Feld der Psychotherapie eingeführt habe (1981f, 1999c) sowie an der modernen Psychotherapieforschung.⁴ Ich habe eine „Entwicklungsorientierte Psychotherapie als ein neues Paradigma“ (1994r) erarbeitet, zu dem ich durch therapieorientierte Säuglingsforschung (1993c, 1994j), Jugendlichenbehandlung (1971c, 1994f, 2007d) und Gerontotherapie (1965, 1985a, 2005a) beigetragen habe (*Sieper* 2007). Wie ich immer wieder verdeutlicht habe, ist ein „biopsychosozialer bzw. -sozialökologischer“ Ansatz stets auch einer Systemperspektive verpflichtet (1974k, 1998a), was indes nur eine, wenngleich zentrale Perspektive in **intertheoretischer** Arbeit ist.

»Integrative Therapie steht auf einem kulturalistischen und weltanschaulichen Boden, den man als einen „**säkularen humanistischen Meliorismus**“⁵ bezeichnen kann, der von einem humanitär-altruistischen, ökologisch bewussten und gemeinwohlorientierten und demokratiethoretischen begründeten **Willen** motiviert ist, im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext und *auf dem Wege* zu einer Weltbürgergesellschaft (*Kant*) zu menschenwürdigen und gerechten, sowie durch Nachhaltigkeitsorientierung gesicherten Lebensverhältnissen beizutragen. Sie ist deshalb nicht nur klinisches Heilverfahren, Methode der Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch ein Ansatz **transversaler, melioristischer Kulturarbeit**« (*Petzold* 2009d; *Petzold, Orth* 2004b).

Dies in Kürze zum Verfahren.

Zur Geschichte

Die Wurzeln der „Integrativen Therapie“ gehen in das Paris der sechziger Jahre zurück, wo *Johanna Sieper* und ich seit 1963 – Jahr des „Deutsch-Französischen

¹ (*Petzold* 1974k, 2001a; *Orth, Petzold* 2000; *Leitner, Sieper* 2008)

² (*Lurija* 1992; 2007; *Petzold, Michailowa* 2008)

³ (1992g, 2003a; *Petzold, Sieper, Orth* 2005; *Grawe* 2004)

⁴ (*Märtens; Petzold* 1995a; *Petzold, Märtens* 1999; *Steffan, Petzold* 2001)

⁵ Er ist dezidiert säkular und nicht metaphysisch oder religionsgebunden ausgerichtet (*Petzold, Orth, Sieper* 2009), also „ideologiearm“ und pragmatisch aber humanitär engagiert orientiert. Für die **melioristische** Haltung sind neben *Kant* als Referenzautoren einflussreich: *Francis Lester Ward*, Gründervater der amerikanischen Soziologie (*Rafferty* 2003), die Vertreter eines humanistischen Pragmatismus (*J. Dewey, W. James, G. H. Mead*), Autorinnen humanitärer politischer Theorie (*H. Arendt, J. N. Skhlar*), Ethiker der phänomenologisch-hermeneutischen französischen Schule *E. Levinas, G. Marcel, P. Ricœur*, aber auch *J. Derrida* und *M. Foucault*. Zum Ganzen vgl. *Petzold* 2009

Élysée-Vertrages“ – studierten (bis 1971, seit dem dort auch lehrend) und die „Mai-Unruhen 68“ erlebten. *Ilse Orth* studierte dort im gleichen Zeitraum, war damals aber noch nicht mit uns im Kontakt. Ich verwendete den Begriff „Integrative Therapie“ erstmals programmatisch 1965. Das Programm wurde dann umgesetzt in der Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen, mit Kindern und GerontopatientInnen und begründete damit den Namen unseres therapeutischen Verfahrens⁶. Natürlich hat ein Therapieverfahren Quellen und empfängt Anregungen. Über die philosophischen und psychologischen Quellen will ich hier nicht schreiben, das würde zu weit führen (vgl. 2002p, h, a), wohl aber über Einflüsse und Impulse aus dem Feld der Psychotherapie selbst.

Wesentlich für die Entwicklung der Integrativen Therapie sind natürlich Einflüsse der persönlichen Sozialisations- und Bildungsgeschichte, die Mehrsprachigkeit als maßgeblicher Kultureinfluss im Elternhaus (Deutsch, Russisch, Französisch), eine künstlerische und naturwissenschaftliche Erziehung, Studium mehrerer Fächer in mehreren Ländern, und das gilt natürlich auch für die akademische Lehrtätigkeit. Elemente wie die für die Integrative Therapie so typische Arbeit mit „kreativen Medien und Methoden“ haben hier ihren Hintergrund⁷. Für die Praxeologie seien genannt: *Morenos* Psychodrama mit Rollen-, Netzwerk- und Kreativitätskonzept⁸; beziehungsorientierte Psychoanalyse *Ferenczis* mit ihrem interaktionalen Verständnis des Unbewussten, uns vermittelt über *V. Iljine* und sein „Therapeutisches Theater“ mit den Konzepten „Szene und Stück“ – diese Quellen waren bedeutsam⁹; dann waren da Körper- und Bewegungsansätze aus eigener Budopraxis seit Kinderzeiten (*Petzold, Bloem, Moget* 2004), die *Gindler*-Arbeit über *L. Ehrenfried* in Paris, denen ich viel für das Leib- und Bewegungserleben verdanke. Die Psychomotricité der französischen Schule (1974j, 2005m) und die Neuromotorik der psychophysiologischen russischen Tradition¹⁰, mein späteres Lehrgebiet an der FU Amsterdam, zeigten mir die Bedeutung der Sinnesphysiologie und des Gehirns und halfen mir, einige Reichianische Erfahrungen (1977n) richtig zu werten. Von der Gestalttherapie von *F. S. Perls, R. Price* u.a. (1973a, 1984h, 2007j) wurden „awareness“, Arbeit mit Träumen (1977m), Nonkonformität und Experimentierfreude wichtig. *Pierre Janet*s „Psychiatrische Psychotherapie“ und seine Integrative Psychologie mit ihren vielfältigen Methoden der Imagination und mentalen Übung, Vorläufer kognitiver Therapie, vor allem auch seine Traumakonzeption, beeinflussten meine Theorienbildung und Praxis (2001m, 2007b). *Last but not least* steht die Verhaltenstherapie¹¹ – ich hatte verschiedentlich mit *F. Kanfer* Erfahrungen und Arbeitskontakte 1971, 1974 dann bei *Klaus Grawe*, an dessen Abteilung ich von 1980-1989 lehrte, und mit dem ich guten Austausch hatte, eine Buchreihe herausgab – bis zu seinem plötzlichen Tod (2005q, 2006x). Die sorgfältige Verhaltensanalyse, das präzise Üben, die ideologiearme und sorgfältige wissenschaftliche Praxis sind mir unverzichtbar. Und natürlich gab es immer wieder Eindrücke, die wichtigen Nachhall hatten: *Virginia Satir* machte ihre ersten europäischen Seminare 1974 an unserem Institut (FPI/EAG). Ihr Zugang zu Familien war faszinierend, ermutigte mich in der Familienarbeit, in die wir durch unsere Kinder- und Gerontotherapien, z. T. als „*intergenerationale Arbeit*“ praktiziert, hineingewachsen waren¹². Ihr „people making“ und ihr Engagement für Menschen, beeindruckten mich genauso wie *Carl Rogers*’ „Humanität“ oder *Michael Balints* „Patientenzentriertheit“. Die Auseinandersetzung *mit der Psychotherapie insgesamt* – in ihrer ganzen Breite, mit ihrer Geschichte und mit ihren wichtigen Protagonisten (vgl. meine Beiträge in *Stumm et al. Personenlexikon der Psychotherapie* 2005) – ist voller Anregungen, weil es eine Geschichte kreativer und engagierter Menschen ist. Und natürlich trifft man auch auf Problematisches, ja Unschönes – wo nicht? Erinnert sei an die Verfolgung *Ranks* und *Reichs* und an die Diskriminierung *Ferenczis* durch *Freud* (*Leitner, Petzold* 2008) und das psychoanalytische Establishment (1996q, 1998f, 2006g), an die Plagiiierung der Inventionen *Morenos* (1980j,k) oder an die Ausgrenzung der meisten Therapieschulen durch die hegemoniale Machtpolitik der „Richtlinienverfahren“ in Deutschland (1992o, *Petzold, Orth* 1999). Die Vielfalt und Fülle, die uns das Feld der Psychotherapie bietet, steht jedem zur Verfügung, der „über den Zaun“ schaut und dem *zentripetalen Sog* des eigenen Paradigmas ein wenig zu entkommen vermag. Und dann steht die Aufgabe des Auswählens, Differenzierens und selektierenden Integrierens

⁶ (1965, 1967, 1974j, *Sieper* 2005, *Zundel* 1987)

⁷ (*Petzold, Orth, Sieper* 2008b; *Zundel* 1987, *Sieper* 2005)

⁸ (1972a, 1984b, *Hass, Petzold* 1999, *Petzold, Sieper* 1970)

⁹ (1972a, 1973e, 1979j, 2006w)

¹⁰ (*Bernštein, Lurija*, vgl. *Petzold, Sieper* 2007d; *Petzold, Michailowa* 2008)

¹¹ (1971e, *Petzold, Osterhues* 1972, *Petzold, Orth, Sieper* 2006)

¹² (*Ch. Petzold* 1972a, b; *Petzold* 1969e, 1972e, 1973f, 1979k, 1995a, 2005a, 2006v)

im Raum, denn nicht alles lässt sich integrieren (1993o, Sieper 2006), und nicht alles ist wichtig, und vieles – glücklicher Weise – wiederholt sich auch.

Zu einigen Grundkonzepten

Die Integrative Therapie vertritt eine „Philosophie des Weges“, sieht das menschliche Leben als Weg, Erkenntnissuche als Weg, Therapie als „Wegbegleitung“ (Petzold, Hentschel 1991) im Chronotopos, im Kontext/Kontinuum der Welt, ihren Raum-Zeit-Verhältnissen (Bakhtin 2008; Petzold, Orth, Sieper 2008a). Die Therapieverfahren betrachten wir als „Wege zum Menschen“ (1984a), als Behandlungs- und Erkenntniswege.

Der „Chronotopos des Weges“ (Bakhtin 2008, 21), das „**Wegthema**“ – **Weg** in seiner Erstreckung – ist als ein funktionales Äquivalent zum „**Sinnthema**“ zu sehen¹³ und das in einer kulturübergreifenden Weise, die in vielen Bereichen des menschlichen Lebens und der menschlichen Kulturen zum Tragen kommt.

Dabei lassen sich unterschiedliche Kategorien von Sinnsystemen unterscheiden:

- I. »**epistemische Sinnsysteme**, die durch vernunftgeleitete Reflexionen – etwa philosophischer Art – ohne Rekurs auf metaphysische Grundannahmen „jenseits des Erfahrbaren“ in systematischer Konzeptentwicklung erarbeitet werden, in ihre Positionen ethische, auf breiten Konsens zielende Legitimierungen einbeziehen, insgesamt intersubjektiven Diskursen sowie der logischen Überprüfung und Bezweifelbarkeit ihrer Annahmen zugänglich sind und ihre Positionen in ko-respondierenden Polylogen mit anderen Disziplinen erarbeiten (1978c, 2002c). Diese Sinnsysteme – sie werden den geistes-, human- und kulturwissenschaftlichen Disziplinen zugerechnet - sind zumeist mit der Zugehörigkeit zu einer Richtung oder „Schule“ des Denkens und ggf. der Lebenspraxis verbunden (letzteres ist nicht zwingend);
- II. **metaphysisch-transzendenzorientierte Sinnsysteme**, die als Glaubenssysteme – etwa religiöser Art – sich auf Offenbarungslehren und Annahmen einer transzendenten „überweltlichen“ bzw. jenseitigen Wirklichkeit beziehen, deren Basispositionen keiner logisch-rationalen Überprüfung zugänglich sind, deren ethischen Regeln sich aus den Offenbarungen bzw. dem religiösen Fundus herleiten und deren Geltungsansprüche letztlich keinen Zweifel erlauben. Diese Sinnsysteme – auch als metaphysische, religiöse oder theologische aber auch fundamentalideologische (etwa der militante Marxismus/Leninismus) bezeichnet - gründen in persönlichem Glauben aufgrund einer Gottes- oder Transzendenz Erfahrung bzw. -annahme oder einer ideologischen „Bekehrung“ und in der Zugehörigkeit zu einer Glaubens- und Kultgemeinschaft oder einer eschatologisch-politischen Bewegung, die eine innerweltliche transzendierende Utopie verfolgen („klassenlose Gesellschaft“);
- III. **szientistische Sinnsysteme**, die aufgrund rationaler wissenschaftlicher Konzeptentwicklung und – wo immer möglich - empirischer Forschung wissenschaftliche Erkenntnisse generieren, systematisieren, überprüfen, falsifizieren, fortentwickeln. Sie sind unabdingbar auf intersubjektive Diskurse, Überprüfung und systematischen Zweifel verwiesen und bedürfen ethischer Legitimationen aus dem Kontext juridischer und politischer Vorgaben sowie fachspezifischer Ethikdiskurse bzw. Referenzen zu epistemischen Sinnsystemen (I). Diese Sinnsysteme – auch als naturwissenschaftlich, empirisch-sozialwissenschaftlich bezeichnet - gründen in zweckrationalen Überlegungen, kritischen Disputationen, experimenteller Forschung und sind in der Regel mit der Zugehörigkeit zu einer *scientific community* verbunden« (Petzold, Orth 2004b).

Die drei Sinnsysteme begründen – das ist unsere epistemologische Position – drei kategorial spezifische Ebenen und damit *qualitativ verschiedene Sinnebenen* und „Sinne“ (vgl. Petzold 2001k), die letztlich nicht miteinander vermischt werden können, will man nicht Kategorienfehler und Sinnkontaminationen riskieren. Ihre Diskurse können einander mehr oder weniger weit angenähert, „konnektiviert“ werden (Petzold

¹³ »Das Nomen *Sinn*, ahd. *sin* = **Weg**, Richtung, Strecke, mit den Sinnen wahrgenommene Orientierung, ursprünglich von germanisch *sinpa* = **Weg**, Gang, Reise und „*sinman*“ = reisen, streben, gehen, zusammen mit dem *gesinde* = Reisegefährten (vgl. auch *senden*) zeigt, daß es - wie bei so vielen abstrakten oder kognitiven Begriffen (*erfassen*, *begreifen*, *erfahren*, *verstehen*) – sich um ein Wort handelt, das vom unmittelbar leiblich-sinnenhaft Erlebten und „mit den Händen“ im konkreten Handeln (ahd. *hantalon*) auf dem Lebensweg (*sin*) Erfahrenen, spürend Begrieffenen, bestimmt ist (Kluge 1963, 710).

1998a), erreichen aber nie eine Homologie (Petzold 1988a/2003a). Begründungen der einen aus der anderen Ebene sind *nicht* möglich, jede steht in sich. Wir verstehen Psychotherapie als *wissenschaftliche Disziplin*, die seelische Störungen mit Krankheitswert gesellschaftlich legitimiert behandeln und für die Patienten empirisch überprüfte Sicherheit und Freiheit von Risiken und Nebenwirkungen („patient security“, Märtens, Petzold 2002), sowie eine würdige und gerechte Behandlung (*patient dignity, just therapy*, zwei Konzepte die ich eingeführt habe, 1985d, 2000d, 2003i) gewährleisten will. Dazu sind die Sinnsysteme I und III unverzichtbar. Fundierung von Praxis muss jeweils aus jeder Ebene spezifisch erfolgen. „Amalgamierungen“ sind problematisch und nicht anzuraten. Das Sinnsystem III muss in bestimmten Bereichen, etwa dem der ethischen Legitimierung oder der anthropologischen Grundannahmen, durch das System I ergänzt werden, weil es aus sich *Wertentscheidungen* auf der Ebene moralischer Urteile (z. B. „Therapie soll emanzipatorisch und nicht-manipulativ vorgehen“) oder der Setzung menschlicher Wesenseigenschaften als ethischen Zielformulierungen (z. B. „Menschen sollen aus einer altruistischen Grundhaltung und nach dem Gleichheitsgrundsatz miteinander umgehen“) nicht generieren kann.

Auf diesem epistemologischen Hintergrund vertreten wir im Rahmen eines **wissenschaftlichen Weltbildes**, wie es im heutigen gesellschaftlichen Konsens für ein „klinisches“ Therapieverfahren unabdingbar ist (epistemisches System III), einen differentiellen „emergenten materialistischen Monismus“ (2007m, 2008c, 2009b), der **materielle** Wirklichkeit und – darin gründend – materiegebundene, emergierende **transmaterielle** Wirklichkeit annimmt. **Materielles** sind z. B. Festkörper, Atome, Corpuskel, ihre energetischen Formen, damit auch die **materiellen** Bestandteile des biologischen Organismus. **Transmaterielles** ist alles, was aus dem Materiellen emergiert. Wir nehmen heuristisch verschiedene Emergenzniveaus an, z. B. das biologische „Leben“, das aus dem Anorganischen emergiert (Point-Zéro-Emergenz **E⁰**). Es bildet die Basis für einfache Prozesse der Informationsverarbeitung, Netzwerke, in denen sich materielle Information selbst organisiert und transmaterielle Information emergiert (primäre Emergenz **E¹**): einfache Gedanken, Gefühle, Volitionen, die bei wachsender Komplexität zu neuen „sekundären Emergenzen“ (**E²**) führen, aus denen wiederum – in der Interaktion mit anderen „Brains-and-Subjects“ – hochkulturelle Leistungen in den Bereichen der Philosophie, Wissenschaft, Kunst, Ethik und Ästhetik emergieren (**E^{3→n}**). Wir nennen diesen Prozess der Entstehung und strukturierenden Organisation **transmaterieller** komplexer Kognitionen, Gefühle, Phantasien, Sinnmöglichkeiten, die aus dem durch äußeren und inneren informationalen Input angeregten **materiellen** Cerebrum „emergieren“ und individuelle und kollektive „Repräsentationen“ bilden (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), „**Mentalisierungen**“ (2002b, 2008b). Für das Verständnis dieser Prozesse ist es wichtig, das Gehirn neurowissenschaftlich zu betrachten (Lurija 1992, vgl. Petzold, Michailowa 2008). Will man komplexes Verhalten (es umfasst Denken Fühlen, Wollen, Handeln) verändern, muss man „Mentalisierungen“ **und** die zugrundeliegenden neurobiologischen Prozesse für all diese Bereiche, d. h. das „Gehirn verändern“ (siehe auch Grawe 2004). Das erfordert eine neurobiologisch fundierte, „komplexe Theorie des Lernens und Lehrens“ (Sieper, Petzold 2002), die differentiell ansetzt und Einzelbereiche verändert, aber auch auf „Synergieeffekte“ setzt und „holographisch“ zu wirken trachtet (1974j, 309ff, 1988n, 590ff), wie sie von uns im „**Integrativen Ansatz**“ entwickelt wurde (Petzold, Orth, Sieper 2006). Mit dem 1994 veröffentlichten Aufsatz zu Fragen von „developmental neurobiology“ und Konzepten zur „lifespan developmental psychology“, sowie ihrer leib- und bewegungspsychotherapeutischen Umsetzung (Petzold, van Beek, van der Hoek

1994) habe ich lange vor *Grawe* und *Schiepek* eine „neurowissenschaftliche Wende“ in der Psychotherapie eingeläutet.

Die Idee eines **Immateriellen** – als reine Geistigkeit (unsterbliche Seele, Gott) und nicht an Materie gebundene, radikaltranszendente Wirklichkeit (epistemisches System II) – fällt aus diesem Rahmen des **wissenschaftlichen Weltbildes** und ist eine Sache „persönlichen Glaubens“. Es kann damit eine hohe subjektive Bedeutung gewinnen, die ernst genommen werden muss und des Respekts und der Wertschätzung bedarf (es sei denn, sie führt zu gefährlichem Obskurantismus und fundamentalistischer Intoleranz und Militanz). Fragen über Immaterielles, Geistiges sind ggf. Sache der Seelsorge (2005b) und des persönlichen „Geistigen Lebens“, dessen „ethischer Raum“ und dessen „Ästhetik“ Menschen erfüllen, trösten und beglücken kann – und auch aus dieser Perspektive meinen wir in der Integrativen Therapie: Psychotherapie tut gut daran, in einem säkular-wissenschaftlichen Rahmen (den epistemischen Systemem I und III) zu bleiben, so dass Menschen auf ihr *Recht* bauen können, mit überprüften und überprüfbaren Methoden *sicher* bei vorliegenden Störungen behandelt und bei Problemen fachlich kompetent beraten zu werden. In ihren Freiraum zu persönlichen weltanschaulichen Entscheidungen, dessen Bedeutung wir als Integrative Therapeuten unterstreichen, sollte die Psychotherapie nicht eindringen. Das ist eine Sache des Respekts (*Sennett*)! Es ist mit den obigen Ausführungen eine Position zum Körper-Seele-Geist-Problem aufgezeigt und auch ein wissenschaftsstruktureller und anthropologischer Standort gegeben: die Orientierung an einem „**biopsychosozialökologischen Modell**“ (**BPSÖ-Modell**). Biologisches und Ökologisches gehören mit ihren *anorganischen Komponenten* der Welt des **Materiellen** zu, mit ihren *organismischen* (alles was „Leben“ in sich trägt), der Welt des **Transmateriellen** ($E^0 \rightarrow 1$). Das im „**Bio**“, im organischen Leben gründende, „das **Psychologische**“ und **Soziale** ($E^2 \rightarrow n$) sowie Geistiges und Kulturelles (E^3), das in beidem wurzelt, werden als komplex organisierte, „informationale Formate“ von Emergiertem angesehen, die **transmateriell** sind. Indes: allein schon durch die mnestischen Speicherungen als **individuelle** und **kollektive „mentale Repräsentationen“** (2002c, 2008b) ist es unlösbar an die **materielle** Basis gebunden. Insofern ist ein „materieller Monismus“ gewährleistet (*Petzold, Sieper* 2007c, d; *Petzold, Orth* 2007). Der Mensch ist ein sich im Geflecht umliegender Systeme selbst steuerndes „personales System“ (1974k, 296f), wobei die Umweltbeziehungen und „auch die Abläufe in der Binnenstruktur des Systems durch *S i n n* als ultimativer Kategorie gesteuert werden“ (ibid.)¹⁴. Menschen regulieren sich durch „funktionelle Systeme“ (*Anokhin, Lurija*) in Prozessen „**integrativer dynamischer Regulation**“ (1974, 304 III), für die mit dem **BPSÖ-Modell** (2005r), vier Größen gegeben sind: **Gehirn, Subjekt, Sozialität, Ökologie**. Sie alle sind in die Arbeit der funktionellen Systeme und ihrer Regulationsprozesse einbezogen (*Petzold, Sieper, Orth* 2006). Die Welt wird uns *phänomenal* durch die Sinneswahrnehmungen des Leibes und ihre zerebrale Verarbeitung gegeben (*Lurija, Merleau-Ponty, Vygotskij*) sowie durch die polylogische Verständigung zwischen den Menschen als reflexiven Subjekten, die sich mit dem Wahrgenommenen auseinander setzen und es durch Erklärungsversuche und Forschungsarbeiten zu verstehen suchen – ein *hermeneutisches* Geschehen.

¹⁴ Hier waren natürlich Bezüge zu *Bernštejn, Lurija, Ukhtomskij*, diesen frühen russischen Systemtheoretikern, gegeben und zu *Luhmann*, den wir seit seinem innovativen „Zweckbegriff und Systemrationalität“ 1968 rezipiert und genutzt haben, ehe ihn die „Systemiker“ im Bereich der Therapie entdeckten (1974j, 295ff, *Jüster, Petzold* 2005)

Wir differenzieren epistemologisch „Phänomenologie“ und „Hermeneutik“, meinen aber, dass Phänomenwahrnehmung bei vollsinnigen Menschen zwingend in die *Hermeneutik* führt durch die Prozesse des sprachlichen Benennens und Verstehens. Psychotherapie braucht deshalb eine solide Hermeneutiktheorie und – damit verbunden – auch Sprachtheorie (Petzold, Orth 1985; 1991a, 2007n). Ich habe Ricoeurs späte Synthesen (phänomenologische Hermeneutik im Dialog mit den Neurowissenschaften – z. B. mit *Changeux*) aufgegriffen und in eine **Metahermeneutik** weitergeführt (1998a, 2000q, 2005p, 2008f), die einerseits den jeweils gegebenen kultur- und geistesgeschichtlichen Hintergrund metareflexiv berücksichtigt – z. B. durch wissenschaftliche „kulturtheoretische“ Arbeit und praktische „Kulturarbeit“ (2008b, Petzold, Orth 2004b) –, die andererseits aber auch das Wissen über die neurobiologischen Grundlagen und die Prozesse der Reflexionsfähigkeit einbezieht (Petzold, Sieper 2007a). Durch polylogisch korrespondierende **Metahermeneutik** mit ihren „Mehrebenenreflexionen“ und durchaus auch in „philosophischer Kontemplation“ (1998a, 56, 129ff, 2000q) werden beständig „pluraler Sinn“, Sinnmöglichkeiten, Sinne (2001k, Petzold, Orth 2004b, 2005a) geschaffen. Ich hatte mit Ricoeur über meinen Doktorvater in der Philosophie, Gabriel Marcel, schon früh, nämlich 1965, persönlichen Kontakt und wurde nach Ricoeurs Freudmonographie (mit der ich allerdings Probleme hatte und habe, vgl. Grünbaum 2003) besonders durch die späteren Entwicklungen in „métaphore vive“ und „temps et récits“ (2001b, 2004d) und natürlich durch die Spätwerke zu Identität und Geschichte (2001p), zu Vergessen und Verzeihen angesprochen, Prozessen, in denen Trauer und Trost (2004l, 2008b, e) bedeutsam sind und der Mensch die Chance erhält, an seinem Menschsein zu arbeiten, an seiner „**Hominität**“ – so der integrativ-therapeutische Begriff für das eigentlich Menschliche –, die immer mit der Verwirklichung von **Humanität** verbunden ist. **Hominität** ist das Menschenwesen in *permanenter Entwicklung* – nicht etwas Vorgegebenes, das es aufzudecken oder zu entdecken gilt, eine „wahre Natur“ zu der man vorstoßen muss, sondern etwas, das sich in beständigen Prozessen der „Selbstkonstituierung mit Anderen“ auf dem „Lebensweg“ herausbildet (2003e, 2005r; Petzold, Sieper, Orth 2008). Das Konzept des **Lebensweges**, den der „*homo migrans*“ durch die Evolution genommen hat (2005t; Petzold, Orth 2004b) und den jeder einzelne Mensch in seiner „**Lebensspanne**“ durchläuft, geprägt von positiven, negativen und defizitären Erfahrungen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), ist für uns sowohl eine zentrale *anthropologische, existenzielle* Kategorie, als auch eine *persönlichkeitstheoretische*, von der „life span developmental psychology“ (Rutter 2002; Petzold 2002e) bestimmte Grösse, die praxeologisch Begleitung im „Konvoi“, „Karrierebegleitung“ im Krankheitsverlauf nötig macht (Petzold, Hentschel 1991; Petzold, Orth, Sieper 2008a), wofür wir spezifische Behandlungsmethoden entwickelt haben (Lebensspanorama, Tagebuch bzw. Lebenswegbuch, *ibid.* und Petzold, Orth 1983a, 1994, 2007).

„**Hominität** bezeichnet die Menschennatur auf der individuellen und kollektiven Ebene in ihrer biopsychosozialen Verfasstheit und ihrer ökologischen, aber auch kulturellen Eingebundenheit mit ihrer Potentialität zur Destruktivität/Inhumanität und zur Dignität/Humanität. Das Hominitätskonzept sieht den Menschen als Natur- und Kulturwesen in *permanenter Entwicklung durch Selbstüberschreitung*, so dass Hominität eine Aufgabe ist und bleibt, eine permanente Realisierung mit offenem Ende – ein *WEG*, der nur über die Kultivierung und Durchsetzung von **Humanität** führen kann“ (idem 1999r, 5).

Hominität sehen wir als eine beständig zu realisierende Aufgabe in **humanitär-melioristischer** Orientierung (Petzold 2009d). Sie ist von folgendem Hintergrund bestimmt:

- a) von der ökologischen **Umwelt** (2006p) und soziokulturellen **Lebenswelt** (2008b), in denen sich der **Lebensweg** vollzieht (Petzold, Orth 2004b, Petzold, Orth, Sieper 2008)
- b) durch **Anlagen** (plur. als genetisch rezente und phylogenetisch archaische),
- c) durch **Lebenskunst** (1999p), persönliche Kreativität (Petzold, Orth 1990a), Klugheit, ja Weisheit in der Lebensführung und -gestaltung auf dem **Lebensweg** (Orth 1993, Petzold, Orth 2005a)
- d) durch **Kontingenzen** auf dem **Lebensweg**, die Zufälligkeiten und Unwägbarkeiten des Lebens.

Diese Einflüsse kommen in jedem **Lebensweg** eines jeden einzelnen Menschen als **Leibsubjekt** und **personales Selbst** zum Tragen, das in Entwicklungs-, Sozialisations-, Enkulturations- und Ökologisationsprozessen (dem prägenden Einfluss von Landschaften, Quartieren, vgl. Petzold 2002r, 2006j) formiert wird unter der von vielen Denkern erkannten Doppeldynamik des alloplastischen Geformtwerdens (Widerfahrnis) und des selbstschöpferischen, autoplastischen Formens (Poiesis) im Kontext/Kontinuum relevanter **Polyaden/Netzwerke/Konvois** – so z.B. in der Stoa von *Marc Aurel*, *Seneca*, *Epiktet* (2001m), von *Goethe* (1986, MA 13.1, 502), *Ferenczi* (1919), *Lurija* (1993) u. a. m. Das ist eine Sicht, die faktische Determiniertheit nicht leugnet, aber *hinlängliche Freiheiten des eigenen Willens* (Petzold, Sieper 2007a) und persönlicher Gestaltungsräume und von *Freiräumen* in kulturellen Rahmenbedingungen – bei aller möglichen Verschiedenheit solcher „realen Chronotopoi“ (Bakhtin 2008) – annimmt, sonst hätte es keine kulturellen Entwicklungen in den vielfältigen Gemeinschaften und Gesellschaften der Menschheitsgeschichte gegeben. Ein **Chronotopos** ist ein Raum-Zeit-Ereignis, eine sinnstiftende Konstellation in Kontext/Kontinuum (Petzold, Orth, Sieper 2008a). In solchen **Polyaden** haben sich **Humanität** und **Hominität** im Verlauf der Evolution (Petzold 2005t, 2006j) in dieser Welt herausgebildet, in ihren *sozioökologischen, sozioökonomischen, kulturellen* und *politischen* Verhältnissen, um diese vier wichtigen Dimensionen herauszustellen, die jeweils auch in Therapien zu berücksichtigen sind, z. B. durch konkrete Maßnahmen der Hilfeleistung, Projekte der **Kulturarbeit, Soziotherapie** und **Agogik**, zu denen wir Modelle entwickelt haben und umgesetzt haben und umsetzen (Petzold, Sieper 1977, 1993a, Petzold, Orth, Sieper 2008a). Für den Menschen heißt das in integrativtherapeutischer Sicht, dass er aufgerufen ist, an seiner persönlichen Kultur (seinem Wissen, seinem Können, an Tugend/Ethik, an der „Ästhetik seiner Existenz“, Foucault 2006; Petzold 1999q, 2003d) und zugleich an der Entwicklung des Gemeinwesens, des Gemeinwohls, einer Weltbürgergesellschaft zu arbeiten (Bourdieu 1997; Derrida 1992, 2000; Habermas 2004; Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2008a). Für diese Zielsetzungen nimmt der Integrative Ansatz immer wieder auf die Prinzipien der großen Seelenführer der Antike von Sokrates bis Epiktet Bezug¹⁵.

Die Begriffe der **Hominität** und des **Leib-Subjekts** auf dem *Lebensweg* sind für mich *anthropologische* Konzepte. **Person** (= Selbst, Ich, Identität) und folglich **Personalität** in der **Lebensspanne** sind indes *persönlichkeitstheoretische* Konzepte (Petzold 1992a, 2003a), die nach integrativer Auffassung an die empirische longitudinale Entwicklungspsychobiologie und die wissenschaftliche Persönlichkeitspsychologie (z. B. genderspezifische Identitätsforschung etc., vgl. Orth 2002) anschlussfähig sein müssen.

¹⁵ (Foucault 2006; Hadot 1991; Petzold, Sieper 2003b, 2007d)

Integrative Therapie – ein multitheoretisches bzw. intertheoretisches Verfahren mit transtheoretischen Perspektiven

Menschen schaffen Wissen in allen Bereichen ihres **Lebens**, das sie in seinen individuellen und kollektiven Dimensionen mit seinen **Kontexten** und in seinem **Kontinuum**, d.h. in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft *wahrnehmen*, zu *erkennen*, zu *erfassen* und zu *verstehen* suchen (Petzold 2003a), getrieben von einer grundsätzlichen **Neugier**, einem Wissenshunger. In diesem sehen wir – anders als *Freud* – in der Integrativen Therapie (2003e) eines der wichtigsten Antriebssysteme mit seinen humanspezifischen „evolutionären Narrativen“ (Verhaltensprogrammen), allerdings ohne damit das Fortpflanzungssystem und seine Narrative in seiner Bedeutung gering zu achten. Diese und andere Antriebssysteme (Nahrungssuche, Affiliationsstreben, Sicherheitsstreben) gewährleisten unser individuelles und kollektives evolutionäres Überleben. Aufgrund der Neugier entstanden Wissenschaften, Kunst, Technik, Ökonomie, entstand plurales, *polyzentrisch vernetztes* Wissen (2005p, 2007h).

Um Menschen zu verstehen – und darum geht es in der Psychotherapie in wesentlicher Weise – braucht man also multitheoretische Zugeweisen und intertheoretische Vernetzungen (1974k, 304 III, 2008g).

Monotheoretisches Arbeiten (allein mit dem psychoanalytischen z. B. oder dem behavioralen Ansatz etwa) in der Psychotherapie reicht nicht mehr, das erkannte ich schon früh (1969b, 1971f, 1974k).

Mit *einem* Theorieansatz kommt man heute für die Fundierung moderner Psychotherapie nicht mehr aus! „...es geht um die Arbeit mit unterschiedlichen theoretischen Modellen und therapeutischen Praktiken“ in einem „übergreifenden Systemverbund“ (Petzold 1974k, 301f)

Multitheoretische luxtapositionen von Mono-Positionen führen nicht viel weiter, sondern es werden **intertheoretische** bzw. **interdisziplinäre** Diskurse notwendig, die dazu führen können, dass aus hoher informationaler Vernetztheit **transtheoretische** Erkenntnisse emergieren können (1994a, 1998a/2007a).

Meine **Mono-Multi-Inter-Trans-Sequenzierung** wird ähnlich – indes mit leichten Akzentverschiedenheiten – heute von *Nicolescu*, *Mittelstraß* u. a. vertreten. Sie wurde von mir zur Kennzeichnung von Perspektivenvielfalt im Bereich der Praxeologie der Supervision (Petzold 1998a; Petzold, Müller 2005) und der Methodenintegration in Psychotherapie seit den frühen siebziger Jahren inauguriert¹⁶, wobei ich systemisch argumentierte (mit *Luhmann*-Bezug) und die verschiedenen Therapierichtungen als Subsysteme eines „Systems Psychotherapie“ sah (1974j, 302), dann für den Bereich von Theorien ausgearbeitet (1994a, 2007a) und schließlich auch in den Bereich der Betrachtung von Kulturen (2003m, 2007s; Petzold, Sieper 2007g) übertragen. Das geschah auf der Grundlage systematischer Theorieforschung (vgl. das große Forschungsprojekt „Wege zum Menschen“ 1984a), des Vergleichs von „common and divergent concepts“ (1971f), der Erarbeitung einer komplexen **Integrationstheorie** (1974k, zusammenfassend Sieper 2006). Die Herausgabe einer methodenvergleichenden Zeitschrift (1975a ff) und der erwähnten Buchreihe (1979ff, 2008a, der jüngste Band) ist allein schon eine Art „Forschungsprojekt“ (2005x).

Die „**Kon-** und **Inter-**Orientierung“ (s. unten) der „Integrativen Therapie“ ist also vielfältig fundiert über vier Jahrzehnte erarbeitet worden und alles andere als

¹⁶ (1973, 1974j, 301ff, 1982, 1988n, 71ff)

„eklektisch“ (zumeist eine Attribuierung aus mangelnder Übersicht). Sie vertritt eine „systematische Unfertigkeit“ und stets „Positionen auf Zeit“ zu Themen, mit denen man noch beschäftigt ist, ähnlich wie es *Derrida* in „Positionen“ formuliert hat – und das ist keine Aussage der Beliebigkeit, sondern eine heraklitesche Grundeinstellung.

Der „TREE OF SCIENCE“ – Metastruktur des Integrativen Ansatzes

Das zuhandene und erforderliche Wissen für all diese Konzepte differenziere und klassifiziere ich in meinem Modell des "TREE OF SCIENCE" (1975h, 1998n, 2003a). Das ist ein wissensstrukturelles Metamodell mit folgenden vier Ebenen:

- **Metatheorien** (metatheories, large range theories)
- **Klinische Theorien** (reality explaining theories, middle range theories)
- **Praxeologie** (praxeology, small range theories)
- **Praxis** (practice, concrete interventions with varying range)

Diese Ebenen sind in beständigen Top-Down- und Bottom-Up-Dynamiken verschränkt, in Theorie-Praxis- und Praxis-Theorie-Interaktionen, in denen in unserem Ansatz durchgängige Strukturen zum Tragen kommen und entsprechend konzeptualisiert wurden. Charakteristisch sind sogenannte **Kon-Strukturen**. Im Integrativen Ansatz gehen wir von einer Notwendigkeit prinzipieller Vernetztheit aus, einer **Konnektiviertheit** aller Bereiche und ihrer Wissensstände, Konzepte und Praxen. In den Grundstrukturen ist eine durchgängige konzeptuelle **Konsistenz** erforderlich. Die Kategorien des **Mit-, Kon-, Syn-** und die angrenzende des **Inter-** finden sich als eine solche Durchgängigkeit. Wenn z. B. Sein als **Mit-Sein, *synousia*** gesehen wird, dann muss alles – bis hin zur **Praxis** – von solchen **Mit- bzw. Kon-Strukturen** bestimmt sein. Sie müssen sich also auf allen Ebenen des „TREE OF SCIENCE“ finden.

I METATHEORIE

Metatheorien sind ideologische Positionen, die durch naturwissenschaftlich-empirische Forschung zwar gestützt, aber nicht letztendlich bewiesen werden können. Sie müssen daher solide Bezüge in Philosophie, Wissenschaftsforschung, Geschichtswissenschaft (Geschichte der Denksysteme), den Sozial- und Kulturwissenschaften haben. Psychotherapie ist ein Kulturphänomen (2008b) und muss als solches *metareflexiv* verstanden werden, sonst ist sie „blind“ und steht in der Gefahr von Selbstmissverständnissen und „schlechter Ideologie“ (*Petzold, Orth* 1999, 126f) zu Lasten von PatientInnen und ihres gesellschaftlichen Auftrags, zur Gesundheit von Menschen und zur Heilung von Störungen/Krankheiten beizutragen: **wissenschaftlich, wirksam, unbedenklich** (ethisch vertretbar, was Risiken und Nebenwirkungen und Ideologie anbetrifft) und auch **wirtschaftlich. Metatheorien** sind Weisen der „Weltanschauung“. Sie erfordern damit subjektive Entscheidungen und Wertsetzungen und gesellschaftliche Legitimierbarkeit. Sie müssen konzeptuell konsistent und solide aufgebaut sein (keine groben inneren Widersprüche und Obskurantismen haben), sich im wissenschaftlichen Diskurs bewähren sowie ethisch legitimieren lassen (z. B. durch ein melioristisches Gerechtigkeits-, Menschen- bzw. Grundrechte-Kriterium, 2003d, 2009d). Einige Positionen nach 1992a/2003a:

Ontologie: Sein ist Mit-Sein, Ko-Existenz¹⁷. Ontologie befasst sich mit Möglichkeiten der Seinserkenntnis und den persönlichen Sinnannahmen für das eigene und kollektive Sein, mit „ontologischen Erfahrungen“, wie sie sich in

¹⁷ (*Marcel, Merleau-Ponty, Levinas, Ricouer* aber auch *Bakhtin, Vygotskij* und *Lurija*, mit jeweils unterschiedlichen Akzenten)

meditativer Praxis erschließen und Sinn stiften können¹⁸ und Sinn ist plural, wir sprechen auch mit einem im deutschen irregulären Plural von Sinne (mit dieser speziellen Schreibweise, 2001k, 2005ä). Mit *Epiktet* sehen wir die Frage nach dem Wesen des Seins als unbeantwortbar an.

„Was das Sein (οὐσης) ist und wie es die Welt verwaltet und ob es wirklich existiert oder nicht – das sind Fragen, mit denen man sich nicht mehr abzumühen braucht.“ (*Epiktet*, Diatriben I, 72f).

Epistemologie: Erkenntnis ist immer **conscientia, conaissance**, gemeinschaftsbasierte Erkenntnis und Sinnkonstitution. Sie ist zugleich individuell und kollektiv gegründet und basiert in der persönlichen Phänomenwahrnehmung und in der kollektiv bestimmten – d. h. von Kontext-Kontinuum-Ereignissen, von Zeitgeist (1989f), kultureller Situation¹⁹, von realen „Chronotopoi“²⁰ abhängigen – Phänomenbenennungen²¹, Phänomeninterpretationen (*Ricoeur*) und durch solche „Semiospären“ (*Lotman*) möglichen fiktionalen Schöpfungen (phantasy, science fiction, *Łem*). Erkenntnisse und Sinnbereiche können den drei oben genannten epistemischen Systemen zugeordnet werden. Dabei kommen differentielle Bewusstseinsprozesse unverzichtbar zum Tragen, wie sie im Bezug auf Philosophie, Neurowissenschaften und klinischer Praxeologie in der „Integrativen Bewusstseinstheorie“ (1988a,b/2007a, Bd. I) differenziert werden, die *areflexives* Unbewusstes, *präreflexives* Vorbewusstes, *koreflexive* Mitbewusstes, *reflexives* Wach- und Ich-Bewusstes, *hyperreflexives* Klarbewusstes und *transreflexive* Versunkenheit (in gegenstandsloser Meditation) in einem „Bewusstseinspektrum“ unterscheidet. Damit sind die Grundlagen einer wissenschaftlichen Hermeneutik und Metahermeneutik (s.o.) gewonnen, durch die Sinn/Sinne konstituiert werden. S i n n geht immer durch **Ko-respondenzen** (real-interaktionelle oder mental-virtuelle etwa als inneres Sprechen, *Vygotskij*) und hat damit immer eine **Konsens-Dissens**-Dimension, sobald er im Polylog (2002c) ausgesprochen ist, das "Gemeingut Sprache" durchläuft (*Bakhtin*, *Merleau-Ponty*, *Ricoeur*) und dann in das "Spiel der Diskurse" tritt (*Derrida*, *Foucault*).

Das **Ko-respondenz-Modell** (1978c, *Petzold*, *Sieper* 1977) ist ein Kernkonzept der Integrativen Therapie und kommt in folgendem epistemologisch-handlungstheoretischen Prozess zum Tragen:

Ko-respondenz ⇒ Konsens/Dissens ⇒ Konzepte ⇒ Kooperation ⇒ Kokreativität ⇒ Konvivialität.

Damit wird eine differenz- und dissensfreundliche Position (sie verlangt indes Konsens über Dissens) vertreten, und kooperatives Handeln an vereinbarte Konzepte gebunden. Mit solchen kann man in kokreativer Arbeit daran gehen, ein gutes Leben für Menschen, **Konvivialität** (*Levinas*, *Derrida*, *Petzold*), anzustreben und das ist ein S i n n von gesellschaftlicher Praxis und Kulturarbeit (*Orth* 2002; *Petzold*, *Orth* 2004b).

Anthropologie: Mensch ist man nur als **Mitmensch, consors**. Subjektivität fordert Mitsubjekte, **Intersubjektivität** und realisiert sich in **Kokreativität** und **Koreflexivität**, wie wir in unserer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth*, *Petzold* 1993) ausgeführt haben. Ausgangspunkt anthropologischer Reflexion ist ein „komplexer Leibbegriff“ (1974j, 1985g, 356ff), der als perzeptiver, expressiver und memorativer Leib („Leibgedächtnis“ 1988n, 2002j), dem Menschen den Zugang

¹⁸ (1983e, *Orth* 1993; *Petzold*, *Orth* 2005a, 84ff)

¹⁹ (2008b; *Hartmann*, *Janich* 1998; *Janich* 2006)

²⁰ (*Bakhtin* 2008; *Petzold*, *Sieper*, *Orth* 2008)

²¹ (linguistic argument, *Lurija*, *Roman Jakobson*, *Beneviste* etc.)

zur Welt und zum Anderen („Zwischenleiblichkeit“) ermöglicht. – Reflexivität konnte in evolutionsbiologischer Sicht nur in Polyaden, hochkommunikativen Gruppen entstehen, in denen sich im Sehen und Gesehenwerden, im Empathieren und sich Empathieren lassen und in der Interiorisierung und Memoriation dieser Vorgänge eine „*theory of mind*“, ein Wissen um den Geist und die Gefühlswelt des Anderen entstehen konnte, sowie auch kognitive Qualitäten wie „**Exzentrizität**“ – eine Abständigkeit durch die man sich selbst in den Blick nimmt, quasi wie ein Anderer oder wie Andere (man lebt ja in **Polyaden**) betrachtet, was „**Mehrperspektivität**“ entstehen ließ. Daraus konnte dann die bedeutendste Leistung des menschlichen Cerebrums emergieren: eine „*theory of my mind*“ (2001p), ein Wissen um das eigene Denken, Fühlen, Wollen (das alles fassen wir unter „mind“, „mens“). In solchen „**Mentalisierungsprozessen**“ – so unser Term²² – konnten Metakognitionen, -emotionen, -volitionen (*Petzold, Sieper 2007c, d*) entstehen. Durch beständige Rekursivität („reentries“ gleich, *Edelman*), Rückwirkungen von kollektiven Entwicklungen auf individuelle und von diesen wieder ins Kollektiv entstand zunehmend komplexere „**Hominität**“ und differenziertere „**Kultur**“, ein immens kreativer/kokreativer Prozess, der zu den „Schätzen und Gütern der Kultur“ – Literatur, Musik, Tanz, Malerei, Theater usw. – geführt hat. Anthropologie und Gesellschaftstheorie sind demnach unter evolutionstheoretischer Sicht (2005t, 2006j) nicht zu trennen. Menschenbildannahmen sind damit auch immer an soziokulturelle Kontexte und Zeitströmungen, an „reale Chronotope“ (*Bakhtin*), d. s. „kulturelle Räume mit ihrer Geschichte und ihren Zukunftshorizonten“ gebunden und haben deshalb keinen „Ewigkeitswert“, wenngleich sie in einem „Kulturraum“ auch eine hohe Nachhaltigkeit haben können wie der „kulturelle Freudismus“ (*Petzold, Sieper, Orth 2008c*). Auch kann es zu höchst dysfunktionalen kulturellen Phänomenen kommen wie politischen Extremismus oder religiösem Fundamentalismus (2008b, e). Unsere anthropologischen Positionen haben sich im abendländischen Kulturraum formiert (2003e) und haben zu folgender seit vier Jahrzehnten immer wieder präzisierten „**Position**“ (2003e) gefunden.

„*Der Mensch – als Frau und Mann – ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt im ökologischen und sozialen Kontext/Kontinuum. Er ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt*“ (vgl. 1965, 2003a, e, 2008a).

Das ist die integrative „anthropologische Grundformel“ mit einer genderbewussten Betrachtungsweise (*Orth 2002; Petzold, Sieper 1998*). **Kon-** bzw. **Inter-**Struktur stehen zentral. Menschen haben sich als Gruppenwesen in **Polyaden** entwickelt, die Sprache ist aus **Polylogen**, (2002c), d.h. multidirektionalem Sprechen, hervorgegangen. Mit *Marcel, Bakhtin* und *Levinas* im Hintergrund sehen wir den Menschen als **Leib-Subjekt** (1985g, 2008c; *Bolhaar, Petzold 2007*) in „**intersubjektiver Zwischenleiblichkeit**“ als ein multipel bezogenes Wesen:

„*Du, Ich, Wir – Wir, Du, Ich in Kontext und Kontinuum*“. Das ist das Modell zwischenmenschlicher Relationalität (*Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit 1991b*).

Auf diesem Modell gründet auch das Verständnis der „therapeutischen Beziehung“ in der Integrativen Therapie (*Petzold, Müller 2007*). Das Ich steht nicht – wie bei *Buber*

²² (1988t, 2000h, 2008b) mit Rückgriff auf *Vygotskij* und *Moscovici*, nicht etwa *Fonagy*

– prioritär, hegemonial, sondern ist mit *Levinas* nachgeordnet (1996k), und das „**Wir**“ steht als die **Kon**-struktur par excellence zentral.

Menschen sind nicht grundsätzlich gut, das wusste schon *Pittakos* (*651/650 v. Chr., † um 570 v. Chr.), der feststellte: „Schwer ist es, gut zu sein!“ (*Capelle* 1968, 64). Menschen sind aber zum Guten, das jeweils auch kulturell bestimmt ist, fähig (so die integrative, "desillusionierte, aber hoffnungsvolle Anthropologie", 1996j). Das Gute gilt es also nicht „in sich zu entdecken“, sondern ist individuell und kollektiv, **koreflexiv, kooperativ, kokreativ** zu schaffen. Das fordert zwingend **communitas**, Gemeinschaft und Gesellschaft, und dazu bedarf es auch theoretischer Positionen (1994h; *Petzold, Orth* 2004b)

Gesellschaftstheorie: Gesellschaft muss **Konvivialität** und **Intersubjektivität** ermöglichen, soll Zugehörigkeit fördern und Entfremdung gegensteuern (1994c). Dazu benötigt sie eine Machttheorie²³, die – so unsere Position – **Synarchie** optimal ermöglichen soll (wie z. B. in modernen Demokratien, auf deren grundrechtliche Positionen wir uns explizit beziehen, z. B. 1998a, 2003a) und die weiterhin einer integren „politischen Kultur“ im Sinne *Hannah Arendts*²⁴ sowie einer „weltbürgerlichen Kultur“ im Sinne von *Kant, Derrida* (1997), *Habermas* (2004) verpflichtet ist. Daran gilt es in einem **säkular** begründeten (*Petzold, Orth, Sieper* 2009) **humanitären, melioristischen Wollen** – die Willenspsychologie ist uns hier unverzichtbar – durch konkretes altruistisches Handeln und persönliche **Gewissensarbeit** mitzuwirken (*Petzold* 2008l; 2009d, *Petzold, Sieper* 2007a)

Ethik: Ethik regelt das Miteinander und wird **ko-respondierend** erarbeitet und in Respekt (*Sennett*) vor der „Andersheit des Anderen“ (*Levinas*, vgl. *Haessig, Petzold* 2006) umgesetzt. **Konvivialität**, Gerechtigkeit, Frieden, Alterität, **Integrität**, Leben, Lebensqualität sind wichtige **Werte** und ethische Zieldimensionen (2003d, 1986a, 2008b), die aktiv angestrebt werden müssen. In der Psychotherapie muss Ethik dazu beitragen, dass „informed consent“ und „patient security“ (2006n, *Müller, Petzold* 2002a) gewährleistet sind und vor allen Dingen „**patient dignity**“ – ich habe dieses Konzept und den Term 1985 anlässlich der Patientenmisshandlungen und -tötungen im Krankenhausskandal von Lainz eingeführt (1985d, 2005h), denn die Würde des Patienten ist leider antastbar. *Ethik ist immer Praxis von Ethik* und erfordert Tugend (leider ein Unwort in der Psychotherapie), **Arbeit an sich selbst** und am **Gemeinwesen** und ein aktives „Dazwischen treten“ sensu *Bourdieu*, wenn Unrecht geschieht (*Leitner, Petzold* 2004, 2005).

Immer ist also auf dieser Ebene der **METATHEORIE** ein **kon, inter** oder **syn** zu sehen. Es finden Verschränkungen statt an Stelle von Dualismen oder Antagonisierungen, und zwar nicht zwecks schlichter Harmonie, sondern in der „Begegnung und Auseinandersetzung“ von **Ko-respondenz**prozessen (1991e), die die in jedem „**Mit**“ liegende **Differenz** gelten lässt. Schon *Heraklit* (fr.8) wusste: dass das „Zusammenklingende Widerstreitende, die schönste Harmonie schafft: καλλίστην ἄρμονίαν“.

Ich springe zur nächsten Ebene, wo sich das **kon** fortsetzen muss.

II KLINISCHE THEORIEN / REALEXPLIKATIVE THEORIEN

Diese Theorien „mittlerer Reichweite“ versuchen, Realität zu erfassen und zu erklären und zwar auf grundsätzlich empirischer Grundlage. Alle Positionen sollten,

²³ (*Orth, Petzold, Sieper* 1995; *Petzold, Orth* 1999)

²⁴ (2008b,e; *Haessig, Petzold* 2002; *Petzold, Orth* 2004b)

wo immer möglich, forschungsbasiert sein (*Steffan, Petzold* 2001), und das erfordert Anschluss an die entsprechenden Grundlagenwissenschaften und an Referenzdisziplinen, vor allem wissenschaftliche Psychologie, Biologie, Evolutionspsychologie, Neurowissenschaften²⁵, empirische Sozialwissenschaften (1998a/2007a). Bei vielen Therapierichtungen fehlt solcher Anschluss, ja fehlt Anschlussfähigkeit. Ein Therapieverfahren kann heute nicht mehr alles Wesentliche aus sich selbst heraus entwickeln. In dieser Annahme und Praxis liegt das gravierendste Problem nicht nur der traditionellen Psychoanalyse (*Leitner, Petzold* 2008), sondern der meisten Therapieschulen. Nachstehend wieder einige Positionen dieser zweiten Ebene. Ich lasse hier der Kürze halber die an sich wichtigen Items der „speziellen Theorie der Therapie“ weg, die sich u. a. mit störungsspezifischer Behandlung befassen²⁶ etwa mit der Traumatherapie²⁷. Auch auf die „Forschung“ zur Integrativen Therapie und unsere Forschungskonzeptionen können wir hier nicht eingehen müssen auf die Literatur verweisen²⁸. Erwähnt sei, dass wir in besonderer Weise bemüht sind, „Risiken und Nebenwirkungen“ zu verhindern – *Märtens, Petzold* (2002) haben hierzu das erste umfangreiche Werk vorgelegt – und durch umfangreiche Projekte der Supervisionsforschung Qualität zu sichern²⁹.

Allgemeine Theorie der Therapie

In diesem Wissensbereich geht es um das Verständnis des eigenen Ansatzes von Therapie, um Theorie**positionen**, insbesondere um die konsistente Verbindung von metatheoretischen Positionen und Annahmen klinischer Theorie und Praxis (1991a, 1992a), sowie um die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse aus relevanten Referenzdisziplinen (Psychologie, Biologie, Neuro- und Sozialwissenschaften, Philosophie etc.). Das macht eine elaborierte **Theorie der Integration** bzw. des Integrierens erforderlich, die wir über viele Jahre entwickelt haben³⁰. Es geht z. B. um die Funktions- und Wirkweisen von Therapie, ihre „Wege der Heilung und Förderung“³¹, ihre Wirkfaktoren – wir haben 14 herausgearbeitet (1993p) – und die **Ziele** von Behandlungen (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998). Die „Entwicklung von Hominität“ ist natürlich ein Metaziel, genauso wie die Entwicklung der Persönlichkeit, ihrer Bewusstheit und Kreativität. Solche Ziele entfließen Theoriepositionen. Andere Ziele werden aufgrund der Gesundheits-/Krankheitstheorie gewonnen. An erster Stelle aber stehen die Analyse der **Lebenswelt** und der **Lebenslage** der PatientInnen (1993; *Petzold, Osten* 1998) mit ihren Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren, ihren Defiziten und Resilienzen (2003a; *Petzold, Müller* 2000), mit ihren **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen** (**PRP** vgl. die Integrative Ressourcentheorie 1997p), den Chancen und Grenzen, woraus sich dann die Interventionen bestimmen, die gemeinsam erarbeitet und entschieden werden, im „informed consent“ (1993p, 2006q). Das verlangt Positionen zum Thema Affiliationen und „Therapeutischen Beziehung“, „Übertragung/Gegenübertragung“, insgesamt zur „Relationalität“ (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, 1980g, 1988tp, 1991b, 2007a, *Petzold, Müller* 2005).

Ein anderes zentrales Thema ist das der Veränderungstheorie, womit unser „komplexer Verhaltensbegriff“ in den Blick kommt. Wahrnehmen, Denken, Fühlen,

²⁵ (2006j, 2008g, *Petzold, Sieper* 2007a)

²⁶ (1993p, 2003a, *Waibel, Jacob-Krieger* 2008)

²⁷ (1986b, 2008b, 2006g, *Petzold, Josić* 1996, 2007; *Petzold, Wolf* et al. 2000, 2002)

²⁸ (2006r, *Petzold, Hass* et al. 2000; *Märtens, Petzold* 1995a; *Petzold, Märtens* 1999; *Steffan, Petzold* 2001; *Steffan* 2002)

²⁹ (*Petzold, Schigl* et al. 2003, *Petzold, Müller* 2005)

³⁰ (1982, 1993a, 2008f, *Sieper* 2006; *Sieper* et al. 2007)

³¹ (1988n, *Petzold, Orth, Sieper* 2006)

Wollen, Handeln, physiologische Reaktionen sind „Verhalten“³². Daraus folgt für unsere neurobiologisch fundierte, „komplexe Lerntheorie“ des Integrativen Ansatzes (1974k, 309ff, *Sieper, Petzold* 2002): **komplexes Lernen**, d. h. Veränderung, geschieht differentiell, bereichsspezifisch und holographisch durch Synergieeffekte, durch Ereignisse von „**vitaler Evidenz**“ (d. h. die Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, kognitiver Einsicht in interpersonaler Bezogenheit, 2003a), die im „Leibgedächtnis“ (z. B. neurophysiologisch aber auch immunologisch) festgehalten werden. Theorien zum persönlichen und kollektiven Gedächtnis, Grundlage aller Mentalisierungsvorgänge (1992a/2003, 2008b, e) allen „Lernens von Fähigkeiten/**Kompetenzen**“ und des „Lernens von Fertigkeiten/**Performanzen**“ über Mentalisierungen und ihre Umsetzung in praktischen Handlungsvollzügen (*Sieper, Petzold* 2002) als **bahnendem Üben**, wie es in der vierten, auf „Neuorientierung“ gerichteten, behavioralen Phase des „**tetradischen Prozessmodells**“ der Integrativen Therapie (1974j, 2003a) geschieht und des „Lernens von P, sind dann unverzichtbar für die Förderung von Kompetenz. All das verlangt einen Anschluss an die Wissensstände der Grundlagenforschung und an relevante Forschungsergebnisse ihrer Referenzdisziplinen, ohne die heute keine Therapie mehr auskommen kann und die beständig rezipiert, adaptiert und integriert werden müssen, auch wenn damit ggf. Positionen zu revidieren sind. Die Integrative Therapie ist diesem Prinzip seit ihren Anfängen gefolgt.

Entwicklungstheorie: Die Integrative Therapie stand und steht mit ihren Konzepten stets auf dem Boden der empirischen Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychobiologie der „Lebensspanne“³³. *Entwicklung* erfolgt grundsätzlich in Kulturen als *Enkulturation* (2008b), in Ökologien – Stadt, Land, Gebirge, Küste, Kleinwohnung, Villa, Nobel- oder Elendsquartier – als *Ökologisation* (2006p) und natürlich in sozialen Kontexten als *Sozialisierung* (*Müller, Petzold* 1998). Sie geschieht in **Polyaden** (Wir-Netzen mit Dyaden- und Triadenkonstellationen als strukturellen Sonderfällen, aber: nie hat eine Dyade bzw. Triade allein überlebt). Die Entwicklungspsychologie unterstützt auf ihrer Theorieebene unsere auf metatheoretischer Ebene vertretene philosophische Position „**Sein ist Mit-Sein**“. Weil PsychotherapeutInnen zumeist in Dyaden arbeiten, sieht man Entwicklung dominant dyadisch. Man ist hier einseitig dem Paradigma *Freuds* (und *Bubers*) gefolgt und nicht dem von *Moreno*³⁴. Entwicklungsgeschehen ist strukturell **interaktional** in Netzwerke, Konvois eingebunden (*Hass, Petzold* 1999), ist grundsätzlich **kommunikativ** (1988h), sonst drohen Marasmus und Deprivationseffekte. Entwicklung wird durch Genexpressionen in „sensiblen Phasen“ und von passenden oder unpassenden bzw. fehlenden oder toxischen/traumatischen Umweltantworten bestimmt, also von *positiven Stimulierungen* und von *negativen* und *defizitären* (d.i. Distress, Hyperstress, vgl. 2003a; *Petzold, Orth, Sieper* 2006, 634) in Einflussketten (*chains of adverse, protective, and deficit events*). Mit dieser stimulierungstheoretischen entwicklungspsychobiologischen Orientierung führte ich mit meinen MitarbeiterInnen die Konzepte „*protektive Faktoren und Resilienz*“ in das psychotherapeutische Feld ein und entwickelte entsprechende Praxisstrategien³⁵. Entwicklung ist nicht auf Kindheit und Jugend begrenzt. Die Ereignisketten bzw. Stimulierungskonstellationen kommen über die gesamte Lebensspanne hin zur Wirkung und bedingen Gesundheit und Krankheit.

³² (vgl. die Integrative Emotionstheorie und die Willenstheorie, 1992b, 1995g, 2001i, *Petzold, Sieper* 2007)

³³ (1992e/2003a, 1992d, 1999b; *Rutter* 2002; *Sieper* 2007)

³⁴ (vgl. 1972a, 1978k, 1984b)

³⁵ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1991, *Müller, Petzold* 2003, 2004)

Persönlichkeitstheorie: Persönlichkeit entwickelt sich aufgrund dieser Ereignisketten und der aus ihnen wirksam werdenden Stimulierungsströme durch **Interaktionen** und **Kommunikationen** in Sozialisation, Enkulturation, Ökologisation von einem „archaischen Leibselbst“ zu einem „reifen Selbst“ (1992a), das über ein prozessuales „Ich“ als Gesamtheit von „primären, sekundären und tertiären Ichprozessen“ verfügt (Petzold, Orth 1994), durch die sich über Umweltinteraktionen „Identität“ durch Fremd- und Selbstattributionen und deren Bewertung (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*) konstituiert (2001p, 2003a). Identität ist immer von beidem bestimmt (so die Identitätsforschung). Persönlichkeit kann ohne soziale Netzwerke, Konvois, nicht entwickelt werden, resultiert also aus **Synergieeffekten** bzw. **Konvergenzen** in den **Konvois** der PatientInnen. **Konvoi** ist ein sozialpsychologisches Konzept für das „Netzwerk in der Zeit“, das wir in den klinischen Kontext übertragen haben (Hass, Petzold 1999). In der Diagnostik müssen die Persönlichkeitsdimensionen spezifisch berücksichtigt werden (Petzold, Orth 1994).

Krankheit-, Gesundheitstheorie: Entfremdete und verdinglichende Lebenszusammenhänge (anthropologische Krankheitstheorie) und **interagierende Ketten protektiver, kritischer und defizitärer Einflüsse** bestimmen als „pathogene Stimulierungskonstellationen“ nebst genetischen Dispositionen (klinische Krankheitstheorie) in ihrer **Synergie** bzw. **Konvergenz** Gesundheit und/oder Krankheit (2003a, Petzold, Schuch 1992), die Ausbildung von **Resilienzen** oder von Symptomatiken (2003a; Petzold, Müller 2004) oder das Generieren von **Ressourcen** (2007p). Nur prospektive, longitudinale klinische Entwicklungsforschung kann mit hinlänglicher Sicherheit Aussagen über das Entstehen von Gesundheit und Krankheit machen. Diagnostik muss natürlich diese Perspektiven aufnehmen³⁶, und natürlich muss die Therapie von Störungen solche Erkenntnisse berücksichtigen etwa in der Traumatherapie³⁷, in der Depressionsbehandlung³⁸, in der Behandlung psychosomatischer Störungen³⁹, in der Suchtherapie⁴⁰ – Behandlungen, die natürlich auch evaluiert wurden - mit guten Effektstärken⁴¹. Auch in dieser Ebene des **TREE OF SCIENCE** ist alles **interaktional** konzipiert. Es wird mit **Kon-Strukturen** theoretisiert, die sich auch in der **PRAXEOLOGIE** fortschreiben müssen. Ich springe zu dieser nächsten Ebene und nenne dort wiederum nur einige Items.

II PRAXEOLOGIE

PRAXEOLOGIE als Wissenschaftsbereich, der Theorien und Forschung zur Praxis generiert und Methodenentwicklung betreibt, ist in ganz besonderer Weise von **Kon-Strukturen** bestimmt. Sie ist eine sehr konkrete Wissenschaft „von der Praxis, über die Praxis, in der Praxis und für die Praxis“⁴². Sie befasst sich (zumeist enggreifend) empiriegestützt mit Methoden, Techniken, Medien, Prozessen und ihrer Wirksamkeit bzw. ihren Nebenwirkungen, wobei genderspezifische Perspektiven zu berücksichtigen sind⁴³. Sie arbeitet zu Settings und spezifischen

³⁶ (1993p, Petzold, Osten 1998, Müller, Petzold 1989)

³⁷ (2001m, Petzold, Wolf et al. 2000, 2002)

³⁸ (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997)

³⁹ (Heinl 1991, 1997; Heinl, Petzold 1980; Leitner, Sieper 2008)

⁴⁰ (1974c, Petzold, Schay, Scheiblich 2006)

⁴¹ (Heinl 1997; Petzold, Wolf et al. 2000; Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002)

⁴² (1993a/2003a, Orth, Petzold 2004)

⁴³ (Orth 2002; Petzold, Sieper 1998; Gahleitner, Ossola 2007)

PatientInnengruppen⁴⁴. Sie kommt dabei ohne Forschung und unmittelbarem Kontakt mit Praktikern und mit den Patientinnen und Patienten nicht aus (2006r; *Steffan, Petzold* 2001).

Prozesstheorie: Therapieprozesse sind stets **interaktional, ko-respondierend, kooperativ** von intersubjektiver, konvivaler Qualität (2003a). Sie dienen der Strukturierung von Bearbeitungsvorgängen in Einzel- und Gruppensettings, Fokal- und Langzeitbehandlungen⁴⁵. Prozesstherapie befasst sich mit „Wegen der Heilung und Förderung“⁴⁶, mit Ressourcenakquise und Ressourcenmanagement (1997p) und ggf. mit prozessoptimierender Begleitung (case management, *Petzold, Sieper* 2008). Wichtig ist das „**tetradische Prozessmodell**“ (**Initialphase**/Problemfeststellung → *rationales Erkennen, volitionales Entscheiden*, **Aktionsphase**/Problembearbeitung → *körperliches Erleben/emotionale Erfahrung*, **Integrationsphase**/Problemlösung → *kognitive Einsicht, volitionales Umsetzen*, **Neuorientierungsphase**/Verhaltensänderung → *behaviorales Üben, volitionales Durchhalten*), in dem Willensprozesse (prädezisional, dezisional, konversiv, persistiv, *Petzold, Sieper* 2007d), willentherapeutische Maßnahmen (*Petzold, Orth* 2007) und **performanzzentriertes**, auf Transfer in Alltagshandeln und auf Umsetzung gerichtetes Vorgehen als Spezifikum des Integrativen Ansatzes (2001i, *Petzold, Sieper* 2003).

Methoden- und Medientheorie: Methoden, Modalitäten, Techniken, Medien⁴⁷ müssen **Kommunikation, Interaktion, Ko-respondenz, Kooperation** fördern. Das Gleiche gilt für die Settings. Mit dem von mir inaugurierten und mit *Johanna Sieper* und *Ilse Orth* entwickelten Konzept der „kreativen Medien“ (1965, 1971h, 1977c) und der „intermedialen Arbeit“ sowie mit unserer Praxis, „künstlerische Methoden“ in Therapien zu verwenden⁴⁸, werden theoriegeleitet Farben, Formen, Collagen, Puppen, Masken, Instrumente, Bewegung, Poesie eingesetzt, um in semiprojektiver Diagnostik (*Müller, Petzold* 1998) komplexe Zusammenhänge zu erfassen und sie differentiell therapeutisch zu bearbeiten. Auch auf meditative Wege aus den Budokünsten⁴⁹ und Übungen aus den antiken Traditionen des geistigen Lebens wird gearbeitet – etwa in der Willensübung, der Angstbewältigung, Traumatherapie, Trauer- und Trostarbeit⁵⁰.

IV PRAXIS

Nach integrativem Verständnis steht praktisches Tun in der Therapie ganz unter dem Signum der **Inter- und Kon-Strukturen**. Praxis findet in Gruppen⁵¹, Therapeutischen Gemeinschaften⁵², Familien⁵³ statt. Natürlich wird auch in zentraler Weise sogenannte "Einzeltherapie" durchgeführt. Dekonstruiert man indes diesen Begriff, wird er als falsch erkannt, denn was sich findet, ist mindestens „**dyadische Therapie**“ mit den beiden real anwesenden Personen des Therapiesettings:

⁴⁴ (2004a, 2005a; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006)

⁴⁵ (1993a, p, *Orth, Petzold* 1995)

⁴⁶ (1988n; *Petzold, Orth, Sieper* 2006)

⁴⁷ (1993a, 1993h; *Petzold, Orth* 1990a/2007)

⁴⁸ (1971k, *Sieper* 1971, *Petzold, Orth* 1985, 1990a, 1994a, *Petzold, Orth, Sieper* 2008b; *Petzold, Brühlmann-Jecklin* et al. 2008)

⁴⁹ (*Petzold* 1974d, 1993; *Petzold, Bloem, Moget* 2004)

⁵⁰ (*Hadot* 1991; *Petzold* 1983e, 2001m, 2004l)

⁵¹ (1985e, *Orth, Petzold* 1995)

⁵² (1974b, *Petzold, Vormann* 1981)

⁵³ (1973f, 1995b; *Petzold, Josić, Erhardt* 2006)

Therapeut/Therapeutin und Patientin/Patient. Bei genauerer Betrachtung erweist sich das Geschehen in dieser **Dyade** aber als **polyadisch** – zumindest „virtuell“. Es sind nämlich fast immer in der Therapie Menschen des relevanten sozialen Netzwerkes „anwesend“ (z. B. aus der „Familie im Kopf“ 2006v), aus dem vergangenen und gegenwärtigen **Konvoi** (Mutter, Vater, Partnerin, Kollegen etc.), die in der Therapiesitzung „Thema“ werden. Bei Paarsitzungen, Gruppentherapien, familien- oder netzwerktherapeutischen Konferenzen – alles Arbeitsformen, die im Integrativen Ansatz praktiziert werden (Hass, Petzold 1999) – sind die Menschen konkret anwesend, und die Arbeitsformen und Prozesse müssen immer auf ein gutes **Kon** und/oder **Inter** gerichtet sein. Sind sie im dyadischen Setting nur „virtuell“ anwesend, so müssen in der **performanzorientierten Transfersarbeit** der therapeutischen Erkenntnisse aus dem „therapeutischen Raum“ in die Räume der „alltägliche Lebenswelt“ des Patienten die relevanten Mitglieder seines Konvois schon in der Therapiesituation im Blick sein, um angemessen einbezogen zu werden (1995a,b). Ohne Mitwirkung der Familie und Freunde (sie werden oft zu wenig beachtet) wird ein in sozialen Bezügen, im Familienverbund lebender Mensch sich kaum nachhaltig ändern können.

In sehr vielen Therapien müsste es, schaut man realistisch auf die Situationen der PatientInnen, um „**Veränderungen des Lebensstils**“ gehen, um „Richtungswechsel auf dem Lebensweg“ (Petzold, Orth, Sieper 2008a), der ohne Mitveränderung des relevanten "**Konvois**" kaum möglich werden wird – positive und negative Verstärkersysteme müssen beeinflusst und verändert werden, damit durch die Kombination *korrektiver* therapeutischer Selbsterfahrung und *alternativer* Erfahrungen in der Therapie und im Leben nachhaltige „Umbahnungen“ auf der Ebene neuronaler Muster und auf der Ebene der durch kognitive, emotionale und volitive Schemata bzw. Narrative geregelten **Kompetenzen**, sowie als Um- bzw. Neuorientierung auf der Ebene konkreter **Performanzen**, d. h. des Handelns in der Alltagswelt erfolgen können⁵⁴.

Mit einer Therapie treten der Therapeut/die Therapeutin als professionelle Helfer in den **Konvoi** des Patienten ein – vielleicht zusammen mit anderen „Menschenarbeitern“ (Sieper, Petzold 2001c) aus der Pflege, Kunsttherapie, Sozialarbeit – um in **melioristischer** Absicht gemeinsam mit ihm und seinen Angehörigen oder Freunden engagiert und in partnerschaftlicher Weise (2006n) am Wiedergewinn seiner Gesundheit, der Lösung von Problemen und an seiner persönlichen Entwicklung und Lebensqualität mitzuarbeiten. Damit ist Therapie zugleich immer auch „**Konvoibegleitung**“.

Sein ist eben Mit-Sein.

⁵⁴ (Petzold, Orth, Sieper 2006, Scheiblich, Petzold 2006)

Schlussbemerkungen:

Lieber Herr Kollege,

ich hoffe, diese kompakte Darstellung konnte zumindest wesentliche Perspektiven verdeutlichen und einige Ihrer Fragen beantworten. Die Darstellung ist natürlich sehr komprimiert. Sie wüssten dies ja. Eigentlich wäre es wesentlich, dass Therapeutinnen und Therapeuten der verschiedenen „Schulen“ und „Richtungen“ intensiver miteinander in Ko-respondenz treten, um informierter über Gemeinsamkeiten und Divergenzen sprechen zu können – jenseits der Schulenstreitereien – um dann an die Weiterentwicklung der „gemeinsamen Disziplin PSYCHOTHERAPIE“ zu gehen. So könnte ein wirklich lebendiger „diskursiver Raum“ entstehen, in dem es möglich wird, in solchen „Polylogen“ von der Verschiedenheit der Ansätze zu profitieren.

Mit herzlichen Grüßen

Hilarion G. Petzold

Zusammenfassung: Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapiekollegInnen

Der Text entstand auf Anfragen von PsychotherapiekollegInnen verschiedener „Therapieschulen“, die einen kompakten und prägnanten Text über die Integrative Therapie mit ihren wichtigsten Kernkonzepten wünschten, wie sie von *Petzold* entwickelt wurde. Der Text kommt dieser Anfrage nach, indem er sehr kondensiert die Wissensstruktur der Integrativen Therapie anhand von *Petzolds* Modell des „Tree of Science“ in Metatheorie, klinische Theorie, Praxeologie und Praxis aufzeigt und wesentliche Ideen und Konzepte erläutert.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Tree of Science, Metatheorie, Klinische Theorie, Praxeologie, Praxis.

Summary: On the knowledge structure of Integrative Therapy for colleagues psychotherapists

This text came about because of some letters from colleagues psychotherapists asking for a brief and concise text of Integrative Therapy, as developed by *Petzold*, presenting its core concepts. This text tries to respond to this enquiry by exposing in a condensed way the knowledge structure of Integrative Therapy using the “Tree of Science” model of *Petzold* which differentiates Metatheory, Clinical Theory, Praxeology, and Practice to elaborate important ideas and concepts.

Keywords: Integrative Therapy, Tree of Science, Metatheory, Clinical Theory, Praxeology, Practice

Literatur:

Alle zitierten Arbeiten finden sich in der Gesamtbibliographie von Petzold 2007. Nachstehend einige zentrale Texte.

Bakhtin, M.M. (2008): Chronotopos. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft, Konstanz: Konstanz Universitätsverlag.

Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer, Konstanz: Konstanz Universitätsverlag.

Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Böhlau.

Derrida, J. (1997): Cosmopolites de tous les pays, encore en effort. Paris: Gallimard.

Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft, Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Ferenczi, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene (1919), in: *Ferenczi, S.*, Schriften zur Psychoanalyse (Hrsg. *M. Balint*) Fischer, Frankfurt 1972, II, 11-24.

Foucault, M. (2007): Ästhetik der Existenz. Frankfurt: Suhrkamp.

Goethe, J. W. v. (1986): Sämtliche Werke, Münchner Ausgabe in 20 Bänden, München: Carl Hanser Verlag.

- Grünbaum, A. (2003). The poverty of the semiotic turn in psychoanalytic theory and therapy. In A. Wiercinski (Ed.), *Between suspicion and sympathy, Paul Ricoeur's unstable equilibrium, a Festschrift in honor of Paul Ricoeur's 90th Birthday*. Toronto, Ontario, Canada: The Hermeneutic Press. Vol. 3, 602-619.
- Habermas, J. (2004): *Wege aus der Weltunordnung. Blätter für deutsche und internationale Politik* 1, 27-45
- Habermas, J. (2005): *Zwischen Naturalismus und Religion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hadot, P. (1991): *Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike*. Berlin: Gatzka.
- Hadot, P. (1999): *Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie?* Frankfurt/Main: Eichborn Verlag.
- Hartmann, D. Janich, P. (1996): *Methodischer Kulturalismus. Zwischen Naturalismus und Postmoderne.*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Hartmann, D. Janich, P. (1998): *Die kulturalistische Wende. Zur Orientierung des philosophischen Selbstverständnisses*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinl, H. (1991): Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane, *Gestalt und Integration* 1 (1990) 53-57.
- Heinl, H. (1997): Ein Integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems, *Integrative Therapie* 3, 316-330.
- Heinl, H., Petzold, H.G. (1980): Körper- und Leibtherapie, *Gestalt-Bulletin* 2/3, 13-18.
- Janich P. (2000): *Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung*. Beck, München.
- Janich, P. (2006): *Was ist Information*. Frankfurt. Suhrkamp.
- Leitner, A., Sieper, J. (2008): *Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik – Das bio-psycho-soziale Modell des integrativen Ansatzes. Integrative Therapie* 3.
- Lem, St. (1983): *Eine Minute der Menschheit. Eine Momentanalyse der Phantastik des Alltags*, Frankfurt, Suhrkamp.
- Lem, St. (1998): *Apokryphen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lotman, J.M. (1990a): "Über die Semiosphäre". *Zeitschrift für Semiotik* 4, 287-305
- Lotman, JM. (1990b): *The Universe of the Mind. A Semiotic Theory of Culture*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lurija, A. R. (1992): *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A. R. (1993): *Romantische Wissenschaft*. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A. (2007): *Die Stellung der Psychologie unter den Sozial- und den Biowissenschaften. Integrative Therapie* 4, 389-398.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): *Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. Integrative Therapie* 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Merleau-Ponty, M. (1942): *La structure du comportement*, Paris: Gallimard; Übers. Waldenfels, B., *Struktur des Verhaltens*, Berlin: de Gruyter 1976.
- Merleau-Ponty, M. (1945): *Phénoménologie de la perception*, Paris: Gallimard; dtsh. *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin: de Gruyter, 1966.
- Mittelstraß, J.(2003): *Transdisziplinarität - Wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit*, UVK Universitätsverlag: Konstanz.
- Nicolescu, B. (1996): *La transdisciplinarité. Manifèste*. Paris: Editions du Rocher.
- Orth, I. (1993): *Integration als persönliche Lebensaufgabe, Vortrag 3. Dtsch. Kongreß f. Gestalttherapie und Integrative Therapie*, 25.-28.02.1993, München 1993; in: *Petzold, Sieper* (1993a).
- Orth, I. (1994a): *Das Unbewußte in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden und kreativen Medien – Überlegungen aus der Sicht Integrativer Kunsttherapie, Integrative Therapie* 4, 312-339.
- Orth, I. (1994b): *Der „domestizierte Körper“: Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie, Gestalt (Schweiz)* 21 (1994) 22-36.
- Orth, I. (2002): *Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis, Integrative Therapie* 4, 2002, 303-324.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): *Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen"*. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2000): *Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie. Integrative Therapie* 2/3, 131-144.
- Orth I., Petzold H.P. (2008): *Leib und Sprache. Über die Poiesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“*. *Integrative Therapie* 1, 99-132
- Petzold, H. G. (2007): *Gesamtbibliographie 1958-2007: Updating des Gesamtwerkeverzeichnis 2007*. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 1/2007 und in *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre*

- Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 699-782. Alle Jahreszahlenangaben in diesem Text beziehen sich auf diese Bibliographie.
- Petzold, H.G. (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1984a, Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl.
- Petzold, H. G. (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. In: FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2008. Und in: Thema. Pro Senectute Österreich, Wien/Graz, **Geschichtsbewusstsein und Friedensarbeit** - eine intergenerationale Aufgabe. Festschrift für Prof. Dr. Erika Horn S. 54 - 200.
- Petzold, H. G. (2008c): Der „informierte Leib“ - Grundlegendes zur Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, in: *Waibel, Jacob-Krieger (2008) Petzold, H. G. (2008l): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“*. In: *Mahler, R.: Wissen und Mitwissen. Gewissen und Wissensbildung im Horizont einer an der Wissensfunktion orientierten Psychotherapie*. Wiesbaden: VS Verlag (in Vorber. 2009).
- Petzold, H. G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „Engagement“ – Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2008
- Petzold, H.G., *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.* Paderborn: Junfermann, 491-646.
- Petzold, H.G., *Hass, W., Märten, M., Steffan, A.* (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355.
- Petzold, H.G., *Märten, M.* (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., *Michailowa, N.* (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., *Müller, L.* (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, 1990a. Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Paderborn: Junfermann., 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Petzold, H.G., *Orth, I.* (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius im Aisthesis Verlag.
- Petzold, G.H., *Orth, I., Sieper, J.* (2008a): Der lebendige „Leib in Bewegung“ auf dem WEG des Lebens – Chronotopos - Über Positionen, Feste, Entwicklungen in vielfältigen Lebensprozessen. Zum Jubiläum: 25 Jahre EAG – 40 Jahre Integrative Therapie. *Integrative Therapie* 3.
- Petzold, H.G., *Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., *Sieper, J.* (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447
- Petzold, H.G., *Sieper, J.* (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, , 2. Auflage 1996.
- Petzold, H. G., *Sieper, J.* (2007a/2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Edition Sirius im Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., *Sieper, J., Orth, I.* (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für

- Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02/2005 und in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): *Integrative Suchttherapie*. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765.
- Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A.* (2000): *Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“*. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: *Traumatic Stress*. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Rutter, M.* (2002): Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development* 1, 1-21.
- Sennett, R.* (2002): *Respekt im Zeitalter der Ungleichheit*, Berlin: Berlin Verlag.
- Sieper, J.* (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 2, 220-221.
- Sieper, J.* (1985): Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4, 340-359.
- Sieper, J.* (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu korrespondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467 und erg. in *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 393-467.
- Sieper, J.* (2007b): *Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen*, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61(2008)11-21.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (1993): *Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens*, 1993c, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 359-370.
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): *Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie*. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen 2002. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 10/2002 und gekürzt in: *Leitner, A.*, *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*, Kramer, Edition Donau-Universität, Wien 2003, 183-251.
- Steffan, A.* (2002): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting*, Berlin: Logos.
- Steffan, A., Petzold, H.G.* (2001b): *Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie*.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: *Leitner, A.* (2001): *Strukturen der Psychotherapie*. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Waibel, M., Jakob-Krieger, C.* (2008): *Integrative Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Zundel, R.* (1993): *Ein Gang durch viele Landschaften: Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration*. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): *Integration und Kreation*. Band 1. Junfermann, Paderborn. 407-419, aus: *Zundel, R.* (1987): *Hilarion Petzold - Integrative Therapie*. In: *Zundel, E., Zundel, R., Leitfiguren der Psychotherapie*. München: Kösel. 191-214.